

Crisis

Jaap van der Stel*

Column

De columnist voor dit tijdschrift heeft het moeilijk. Het stukje moet maanden van tevoren worden ingeleverd. Inspelen op de actualiteit is er dus niet bij. En wat actueel is ten tijde van het schrijven, kan over een tijd irrelevant blijken te zijn. Er zijn echter altijd wel thema's te bedenken die actueel blijven, gewoon omdat er niets verandert. Dan zal zo'n stukje natuurlijk niet helpen om iets in beweging te brengen. Maar je doet je best. Wat je bijvoorbeeld niet moet doen, is een paradigmaverschuiving aankondigen. Je weet weliswaar zeker dat we over een paar maanden iets niet weten of begrijpen. En wat vandaag met de grootste stelligheid wordt beweerd - voor mijn part 'verslaving is een hersenziekte' - kan in korte tijd alweer heel erg 2010 zijn: 'Heb je de paradigmawisseling soms gemist?' Maar in een column een nieuw paradigma aankondigen is link.

Een sterker voorbeeld waarmee je de actualiteit kunt bijhouden, is te stellen dat iets niet goed is onderzocht. Over een paar maanden is dat waarschijnlijk ook wel zo. Ik heb geleerd dat je bij vergaderingen het gelijk altijd aan je zijde krijgt als je de wijsneus opzet en je, als iets je niet zint, hardop afvraagt: 'Is daar wel evidentie voor?' Niemand die ter plekke een serie goed uitgevoerde experimenten kan opdreunen; het eerste punt is binnen. En als de vergadering zich tegen je keert, omdat je wel erg lastig bent en 'iedereen toch wel weet dat ...', stel je doodleuk de vraag of er wel voldoende evidentie voor is. Iedereen die zichzelf serieus neemt, houdt dan zijn mond. 'Wat een slimme man ben jij. Inderdaad: niet voldoende. Dus laten we maar inbinden.' Het kan heel verlamkend werken, maar: het werkt. Je wordt er hoogleraar mee of desnoods lector.

Het sterkste en meest veilige voorbeeld is te schrijven dat de psychiatrie zich in een crisis bevindt. De psychiatrie bevindt zich namelijk al jaren in crisis. Die toestand bestaat al zo lang, dat het bijna niemand

* Dr. J.C. van der Stel is lector GGZ bij de Hogeschool Leiden en senior onderzoeker bij VUmc/GGZ inGeest. E-mail: jaapvanderstel@gmail.com.

meer opvalt. Het schaadt het aanzien van het vak en benadeelt patiënten. Dit licht ik toe aan de hand van de DSM. In tegenstelling tot hoe dat gaat in andere medische disciplines, neem de oncologie, beschrijft de DSM slechts 'eindstadia' van atypische psychische ontwikkelingen. Alle revisies zijn erop gericht geweest om in die typering nuances aan te brengen. Dat psychische stoornissen vaak een lange aanloop hebben en dat je in die trajecten fasen of stadia kunt herkennen blijft impliciet. Daardoor zijn er geen gestandaardiseerde en algemeen aanvaarde aanduidingen voor eerdere fasen. Mede daardoor worden kansen gemist om vroegtijdiger problemen op te sporen en te behandelen. De oncologie ontleent in de strijd tegen kanker daaraan haar succes.

In de psychiatrie staat het ontwikkelingsgerichte denken niet centraal; de discussie over een op stadia gericht classificatiesysteem wordt nog weinig gevoerd. De herziening van DSM-IV naar DSM-5 beperkt zich vooral tot een andere indeling (of benaming en typering) van de diverse syndromen of stoornissen, en is in zoverre vooral van 'technische' aard. (Misschien uit angst dat de Romeinse V ten onrechte als het triomfantelijke V van 'victory' kan worden opgevat, is de nummering van de DSM vanaf versie IV in Arabische cijfers.) De makke van voorgaande DSM-revisies was dat het aantal verschillende typen stoornissen uitdijde. En als ik het goed begrijp, worden in de DSM-5 de overgangen tussen normaal en pathologisch zo diffuus dat het risico bestaat dat daardoor het aantal mensen met (ooit in hun leven) een psychische stoornis fors toeneemt.

Het heeft wetenschappelijk en maatschappelijk gezien veel voordelen om geen discrete grenzen te veronderstellen tussen wel of niet normaal psychisch functioneren. Maar voor de geloofwaardigheid van de psychiatrie vormt dit een risico. En dit risico tast ook de legitimiteit aan van vroegdetectie van beginnende stadia van atypische psychische ontwikkelingen, die kunnen leiden tot ernstige psychische stoornissen. Het gevaar voor overdiagnosticering en overbehandeling kan zo groot worden gepercipieerd dat daardoor kansen voor vroegtijdig handelen worden gemist. Kortom: crisis, zowel voor de psychiatrie als voor de direct betrokkenen. Want we weten dat in een later stadium problemen vaak gecompliceerder zijn en neigen naar een chronisch beloop.